2e Année. — No 6. 1 franc le Numéro. 1er Janvier 1881.

1881

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :

France . . . . 10f par an.
Étranger . . . . 12 »

BUREAUX :

Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux; pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

Médailles et Récompenses aux Expositions de 1875, 1877, 1878
DIPLOME D'HONNEUR A L'EXPOSITION INTERNATIONALE DE PARIS 1879

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT

Des plus efficaces, employé avec un grand succès depuis 1854, contre *l'anémie, l'appauvrissement du sang, l'engorgement lymphatique, l'épuisement des forces, l'inertie des fonctions de la peau et les rhumatismes.* Remplace les **bains alcalins. ferrugineux et sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

1 fr. 25 le Rouleau. — *(Éviter contref. en exigeant timbre de l'Etat.)*

ANTISEPTIQUE DE PENNÈS

VINAIGRE HYGIÉNIQUE, DÉSINFECTANT, CICATRISANT

Rapport favorable de l'Académie de médecine, 11 février 1879

Expérimenté avec succès *dans vingt hôpitaux* pour assainir l'air, désinfecter, déterger et cicatriser les plaies et les ulcères, détruire les microzoaires et les sporules, embaumer ou conserver les pièces anatomiques ou zoologiques, préserver les muqueuses d'altérations locales.

Flacon, 2 fr. — Litre, 10 fr.— *(Éviter contref. en exigt timbre de l'État.)*

GROS : rue de Latran, 2. — **Paris.** — **DÉTAIL :** Pharmacie Centrale, cours de l'Intendance, Bordeaux, et toutes pharmacies.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les kystes du larynx

Par le docteur E.-J. Moure. — *Suite* (1)

PRÉQUENCE

De l'avis à peu près unanime de tous les observateurs, les kystes du larynx (nous parlons ici des tumeurs intra et extra-laryngées), sont des lésions rares à l'intérieur de l'organe vocal, et très rares en dehors de cet organe. M. le professeur Sommerbrodt seul, pense qu'ils sont plus fréquents sur les cordes vocales inférieures qu'on ne le croit généralement, ayant eu l'occasion d'en observer quelques cas dans un temps relativement court; il avoue toutefois que ce sont les premiers qu'il a rencontrés durant sa pratique. Il nous paraît peut-être hasardeux de tirer des conclusions de quelques faits personnels, car tout le monde sait combien il arrive fréquemment à un praticien d'avoir des séries de malades, toujours les mêmes pendant un certain laps de temps, et combien serait fausse une statistique basée seulement sur un temps limité, ou sur quelques faits isolés.

(1) Voir les nos du 1er novembre et 1er décembre 1880.

C'est d'après l'ensemble des observations rapportées jusqu'à ce jour, que nous regardons, comme rare, l'affection qui nous occupe en ce moment, et nous sommes en ce point d'accord avec la plupart de nos confrères dont nous allons brièvment résumer les diverses opinions.

M. le docteur Morell-Mackensie n'a pas observé de kyste du larynx depuis les derniers cas publiés par lui en 1871, et M. le docteur Schrotter ne possède dans sa collection que deux nouveaux exemples de kystes de l'épiglotte, observés pendant la vie (1).

Bruns, dans un court alinéa consacré à cette affection dit : « Il paraît que l'on trouve *plus rarement* parmi les néoplasmes, des tumeurs kystiques ou des tumeurs vasculaires à l'intérieur du larynx, j'en ai pour ma part observé seulement deux cas (2). » M. le Dr C. Labus, répondant à une question que nous lui avions adressée à ce sujet, nous écrit : « Quant à la demande que vous me faites, si j'ai remarqué quelques cas de kyste dans le larynx, je m'empresse de vous répondre que sur 90 tumeurs du larynx, dont 60 opérées, je n'ai rencontré que l'exemple de tumeur fibro-kystique analysé dans ma brochure. » M. le professeur Zawerthal s'exprime en ces termes : « Dans l'Italie centrale, les polypes kystiques du larynx ne sont pas nombreux, j'ai observé cette altération de la muqueuse vingt-deux fois seulement, dont treize fois sur des femmes et neuf fois sur des hommes, quatre seulement de ces néoplasmes occupaient l'épiglotte. » L'auteur ne nous dit pas, si dans tous les cas de tumeurs intra-laryngées, il n'existait aucune lésion concomittante, si les tumeurs étaient volumineuses et si elles ont été opérées. Ce nombre de 22 cas rapportés par cet auteur, forme à lui seul un total plus considérable que tous les cas publiés jusqu'à ce jour, et il est probable qu'il a compris dans cette énumération, quelques légères dilatations des culs-de-sacs glandulaires (adénômes) méritant à peine le nom de tumeur kystique.

Les observations rapportées par le docteur Fauvel se résument à quatre, dont une sur l'épiglotte et trois dans l'intérieur du larynx. Le docteur Krishaber n'a pu nous fournir qu'un

(1) Lettres particulières.
(2) Bruns. Der Laryng. und Laryng. Chir. 1873. p. 145.

seul cas de cette nature, et les docteurs Lennox Browne, Félix Semon, Thomas Slewelyn de Londres, sont également de notre avis, et regardent les kystes du larynx comme une affection rare (1).

Enfin Beschorner (2) en 1877, publiant deux cas de kystes de l'épiglotte écrivait : « Les kystes du larynx sont loin d'être fréquents, mais ceux de l'épiglotte sont tout à fait rares, et vous feuilleterez en vain tous les livres d'anatomie pathologique, pour en trouver quelques cas. Sur 693 cas de polypes du larynx, recueillis dans les statistiques de Tobold, Mackensie, Schrotter, Cohen, et dans mes propres observations, je n'ai pu réunir que 45 cas de tumeurs kystiques, soit 6 p. 100, dont quatorze seulement avaient pour siége l'épiglotte, soit 2 p. 100 pour les tumeurs de cette nature. » Les proportions établies par cet auteur nous paraissent assez exactes et sont encore confirmées par la statistique du docteur Fauvel, où sur un total de 300 cas de polypes du larynx, nous trouvons quatre kystes, dont un seulement sur l'épiglotte.

On comprendra aisément que nous ne basions pas notre statistique sur les cas rapportés par nous dans ce travail, puisque la plupart des auteurs ne disent pas quel nomb e de polypes ils ont observé, avant de rencontrer quelque tumeur kystique.

En résumé, les kystess ont des lésions rares dans le larynx, tout à fait rares en dehors de cet organe, et exceptionnels sur les aryténoïdes ou les replis ary-épiglottiques.

CHAPITRE II

Kystes occupant la cavité du larynx.
(Intra-laryngés).

I. — Étiologie.

Les causes susceptibles de déterminer l'éclosion des kystes du larynx sont : les unes prédisposantes, et ont rapport à l'âge, au sexe, aux diathèses, à l'hérédité ; les autres, appelées efficientes par les auteurs Allemands, auraient une

(1) Lettres particulières.
(2) *Loc. cit.*

influence plus prononcée sur la production de ces lésions et seraient : les hypérémies chroniques de la muqueuse du larynx, les inflammations catarrhales répétées, les vapeurs ou poussières irritantes, les corps étrangers. Avant de passer en revue chacune de ces causes, nous devons dire que leur influence est loin d'être nettement établie, et que la prédisposition du sujet, prédisposition innée ou acquise, nous semble surtout devoir être rangée en première ligne, parmi ces dernières.

Age. — On a pu voir dans l'énumération que nous venons de faire que l'étiologie des kystes du larynx diffère peu de celle des autres polypes en général; c'est surtout entre vingt-cinq et cinquante ans, c'est-à-dire dans la période moyenne de la vie, que l'on rencontre plus particulièrement cette maladie. Sur dix-huit sujets porteurs de ces lésions, dont l'âge a été mentionné, treize étaient compris entre ces deux limites et une seule fois le malad avait dépassé soixante ans, c'était chez un malade soigné par Bruns dont nous allons rapporter l'observation. Les quatre autres fois, les malades étaient compris entre quatorze et vingt-cinq ans.

Les kystes intra-laryngés ne semblent pas avoir été observés au-dessous de quatorze ans. L'on ne s'étonnera pas de la rareté de ces tumeurs chez l'enfant, si l'on songe combien les autres genres de polypes sont rares à cet âge, puisqu'en 1867, le nombre des cas signalés, ne s'élevait pas au-delà de quarante-six (Th. de Causit, p. 4) et que depuis cette époque, bien peu de faits nouveaux ont été publiés (1).

OBSERVATION II

Tumeur kystique du ventricule droit.

(Bruns, Der Laryngosk. und der Laryngosk. chirurg. Tübingen. 1865, p. 383.)

Le docteur B..., conseiller intime de médecine à St..., en Prusse, *âgé de soixante-quatre ans*, s'apercevait que depuis quelques années sa voix devenait enrouée, et prenait un timbre couvert, au point que durant l'hiver 1862-63, il ne pouvait parler à haute voix qu'en faisant des efforts assez considérables; au commencement de l'hiver 1864, l'enrouement fit encore des pro-

(1) Nous avons rapporté un cas de papillomes chez un enfant de cinq ans (Ann. des mal. de l'or. et du larynx. Mai 1880).

grès, et parfois même le malade était aphone; il n'observait aucun autre symptôme. L'examen laryngoscopique pratiqué en 1863, révéla la présence d'un polype ayant la grosseur d'un noyau de cerise et occupant la corde vocale inférieure droite. Depuis cette époque, le malade ayant éprouvé une certaine gêne pour respirer, il se décida à se faire opérer au mois de mai 1864.

A ce moment sa voix était rauque, il n'avait pas de dyspnée, mais il toussait et crachait un peu, s'étant enrhumé pendant son voyage.

A l'examen laryngoscopique pratiqué le 5 mai, je constatais une tumeur arrondie, mesurant 8 millimètres de diamètre, et faisant saillie en dehors du ventricule droit, vers la partie moyenne du larynx; sa surface légèrement aplatie reposait sur la corde vocale droite et sa convexité tournée en haut, attirait vers l'intérieur du larynx la bande ventriculaire du côté droit qui la recouvrait. La tumeur siégeait presque toute entière dans le ventricule, dont elle occupait toute la profondeur jusqu'au niveau du replis ary-épiglottique. La partie visible de la tumeur était lisse, luisante, arrondie et d'un jaune grisâtre, transparente; on voyait, à sa surface, un léger réseau vasculaire qui la parcourait d'avant en arrière, se séparant en deux petites branches.

La consistance de la tumeur était peu considérable, et l'on pouvait la déprimer avec la sonde. Pendant les mouvements de phonation, la tumeur sortait davantage du ventricule où elle était logée, et venait se mettre en contact avec la bande ventriculaire du côté gauche et la corde vocale de ce côté; la tumeur n'était alors qu'à deux millimètres de la commissure antérieure, où se produisait chaque fois une sécrétion muqueuse aérée. Pendant l'inspiration, la tumeur dépassait d'environ 3 milli. mètres la corde droite.

Le reste du larynx était le siége d'une légère rougeur, surtout au niveau de la partie postérieure des cordes vocales.

Le diagnostic fut : *Polype vésiculaire du ventricule droit.*

La paroi du polype était sans doute formée par la muqueuse soulevée par l'hypertrophie de quelques culs-de-sac glandulaires, très nombreux dans cette partie du larynx.

Il était inutile de songer à l'extirpation de la tumeur, une simple ponction et excision de l'enveloppe devaient suffire pour obtenir la guérison. L'excision était un moyen plus sûr pour éviter la récidive, mais il était difficile d'introduire le couteau dans le larynx, à cause de l'inflammation qui se produisait aussitôt; de plus, la place étant très étroite pour manier l'instrument, ce dernier glissait sur la tumeur sans jamais l'inciser, aussi ai-je pensé à pratiquer une simple ponction, qui fut faite le 14 mai avec le couteau couvert à deux tranchants. Il s'écoula aussitôt

un liquide grisâtre, ressemblant à la colle des relieurs, liquide qui suintait à la surface de la tumeur, comme une perle grise, et qui se répandit bientôt dans tout le ventricule. Pendant la phonation, les deux côtés du larynx pouvaient s'affronter; néanmoins, le liquide sortait difficilement à cause de sa consistance. Il fut impossible d'en estimer la quantité et de pratiquer l'examen histologique. Vingt-quatre heures après l'opération, la tumeur avait diminué de moitié, et deux jours après, elle atteignait à peine le bord libre de la bande ventriculaire; on pouvait apercevoir toute la surface de la corde vocale inférieure droite, pendant que le malade parlait.

Le 18 et 19 mai, le polype ne mesurait plus que 2 millimètres de haut, la voix revenait également; un changement notable s'était déjà produit aussitôt après sla ponction, et quatre jours plus tard, elle était vibrante, le malade pouvait parler à haute voix, et même chanter, l'émission des notes élevées se faisant avec facilité. Le malade dit avoir retrouvé sa voix d'autrefois. Le reste de la tumeur étant caché dans l'intérieur du ventricule, il ne fallut plus songer à une nouvelle intervention chirurgicale; le 20 mai, le malade quitta Tubingen guéri.

A la fin du mois de novembre, il m'écrivait qu'il n'était survenu aucun changement dans son état, que sa voix était toujours bonne, bien qu'il fut obligé de lire et de parler souvent à haute voix.

Sexe. — Le sexe masculin semble peut-être un peu plus particulièrement exposé à cette maladie, puisque dans nos observations, neuf fois les sujets étaient du sexe masculin et sept fois seulement du sexe féminin; mais les proportions à établir d'après ces faits ne permettent pas de tirer des conclusions bien définitives en faveur de l'un ou de l'autre sexe.

Antécédents diathésiques. — Ils ne paraissent jouer aucun rôle dans la production de cette maladie et n'ont été notés dans aucun des cas publiés jusqu'à ce jour. Nous n'avons, en ce qui nous concerne, trouvé aucune trace de ces affections chez les différents malades que nous avons observés.

Hérédité. — Cette dernière cause n'a aucune influence, et n'a été indiquée par aucun auteur. Nous en dirions volontiers autant de la *nature du tempérament*, si le Dr M. le professeur Zawerthal ne nous avait communiqué ses idées au sujet de l'influence qu'il croit être exercée par la diathèse strumeuse sur la production de ces tumeurs. Tous les

sujets chez lesquels il a observé la présence de kystes dans le larynx, étaient profondément entachés de scrofule.

Parmi les *causes efficientes*, capables de faire naître ou de hâter le développement de ces tumeurs, nous citerons :

Les hypérémies chroniques de la muqueuse du larynx, que M. Morell Mackensie considère comme un des facteurs les plus importants susceptibles d'engendrer les tumeurs bénignes du larynx, et peut-être les kystes, ajouterons-nous, puisque les mêmes causes doivent être invoquées dans les deux eas.

Les inflammations catarrhales simples et répétées, qui, déterminant une hypersécrétion des glandes de la muqueuse, peuvent se localiser plus spécialement en un point de l'organe, et déterminer l'obstruction d'un ou plusieurs conduits excréteurs, soit par l'interposition d'un bouchon de mucus concrété placé à l'entrée du canal glandulaire, soit par l'accolement de ses parois, résultat du gonflement déterminé par l'inflammation répétée de sa surface. Comme conséquence, il se fait une dilatation des culs-de-sac glandulaires, ou des canaux excréteurs eux-mêmes, pouvant occasionner la formation d'un véritable kyste muqueux, si la perméabilité vient à ne pas se rétablir au moment de la régression que subit le processus inflammatoire.

Les vapeurs ou poussières irritantes agissent en produisant un catarrhe aigu ou chronique de la muqueuse laryngienne, et des nombreuses glandes qu'elle contient.

Enfin, nous citerons, pour mémoire, les *corps étrangers* qui, dans un cas rapporté par M. Sommerbrod (1), ont par leur contact à la partie postérieure du larynx, déterminé la formation d'un petit *kyste sanguin* sur la face dorsale de la partie postérieure de l'organe vocal.

Les diverses fièvres éruptives, variole, scarlatine, rougeole et l'érysipèle, signalés par quelques auteurs parmi les causes susceptibles d'occasionner la formation des autres tumeurs bénignes du larynx, ne semblent pas devoir prendre place dans l'étiologie des productions morbides qui font le sujet de notre travail.

(1) Cité par Mackensie. In deseases of the throat and nose. (Lond. 1880 p. 143.)

II. — Symptomatologie.

Comme dans l'étude des polypes, en général, nous aurons à considérer d'abord les symptômes locaux ou fonctionnels (mode de début, altération de la voix, toux, douleur, gêne à la déglutition, dyspnée, accès de suffocation) qui sont perçus aussi bien par le malade que par le médecin, et les symptômes physiques ou objectifs, qui sont de beaucoup les plus importants, pour établir le diagnostic de la lésion qui nous occupe (auscultation, expectoration, abaissement forcé de la langue, toucher digital, examen laryngoscopique, cathétérisme laryngé).

A. — *Symptômes fonctionnels.* — Lorsqu'il s'agit de kystes intra-laryngés occupant, soit les cordes vocales inférieures, soit les ventricules de Morgagni, on peut généralement remonter presque au début de la maladie, et se faire une idée à peu près exacte de l'âge de la tumeur; l'altération de la voix est alors un guide presque certain, indiquant les divers changements de volume qui ont pu survenir dans la production morbide. Mais il est très rare d'assister au début de l'affection et de soigner le malade à ce moment; lorsqu'il consent à venir consulter un médecin, les néoplasmes datent souvent de plusieurs années et ont déjà atteint un certain volume.

1° *Altération de la voix.* — Nous venons de dire que l'altération de la voix est le premier symptôme qui éveille l'attention des malades, et nous pourrions ajouter que c'est un *symptôme constant*, noté dans toutes les observations, ayant même parfois existé seul à un degré plus ou moins prononcé. L'on ne saurait être étonné de la présence des troubles vocaux chez la plupart des sujets atteints de kystes intra-laryngés, si l'on songe que ces tumeurs siégent de préférence sur les cordes vocales inférieures, ou dans les ventricules de Morgagni, qu'elles gênent toujours les vibrations ou le rapprochement des cordes vocales, et entravent par conséquent, la phonation (1).

(1) On sait, en effet, qu'au moment de l'émission de la voix, les deux cordes vocales viennent se mettre en contact dans toute leur longueur, et toutes les fois que ces mouvements ne peuvent s'accomplir, la phonation est toujours plus ou moins altérée.

Au début, la voix peut être simplement un peu enrouée, son timbre devenir moins clair, son intensité moindre, et tous ces symptômes rester stationnaires, si la tumeur elle-même n'augmente que très lentement. Mais dès que cette dernière a acquis un volume plus considérable, les troubles vocaux augmentent à leur tour, et peuvent même aller jusqu'à une aphonie complète, ce qui est rare; il est beaucoup plus commun d'observer un enrouement presque uniforme, une extinction de voix, ou plus exactement une voix « crapuleuse » désagréable, ayant la plus grande analogie avec celle que l'on observe chez les filles de mauvaise vie, ou les personnes qui s'adonnent à la boisson.

Si le kyste prend naissance dans l'intérieur de l'un des ventricules, ou à la partie inférieure de la face laryngée de l'épiglotte, il pourra ne déterminer aucune altération de la voix, tant qu'il n'aura pas acquis un volume assez considérable pour gêner les vibrations ou les mouvements des cordes vocales, et sa présence dans le larynx passera inaperçue. Ce sont surtout les tumeurs occupant l'un des ventricules, dont on pourra méconnaître l'existence au début, puisque l'on ne peut les apercevoir qu'au moment où elles viennent faire saillie au dehors, soit pendant la phonation, soit pendant les efforts de toux ou d'expuition.

Mais, ainsi que l'a déjà fait observer le Dr Ch. Fauvel dans son remarquable livre (1), l'altération de la voix, toutes choses égales d'ailleurs, est d'autant plus prononcée, que la tumeur est plus rapprochée de l'angle antérieur des cordes vocales, puisque dans ces cas, le défaut de rapprochement est bien plus considérable, le polype jouant le rôle d'un corps étranger introduit entre les deux branches d'un compas.

Enfin il peut encore arriver, si le malade sait chanter, comme dans l'observation de Bruns (*Observ. II*), que l'émission des notes hautes ne puisse se faire d'emblée, et que pour donner certaines notes élevées, le malade soit obligé de commencer par des sons graves passant graduellement à un registre au-dessus du premier. Toutes les dernières notes ne sont jamais pures et bien timbrées.

Une particularité digne d'être notée, c'est que les *kystes*

(1) *Loc. cit.*, p. 202.

du larynx ne se pédiculisent jamais, et que par conséquent, les intermittences de raucité et de clarté de la voix sont à peine marquées (1). On ne pourrait constater ces intermittences que dans les cas de tumeurs érectiles (*angiomes caverneux*) susceptibles de se gonfler au moment des congestions passagères de l'organe, et de diminuer de volume dans les cas contraires, mais les faits de ce genre sont de véritables curiosités pathologiques.

2° *Toux*. — La toux fait bien souvent défaut, et lorsqu'elle existe elle suit les modifications de la voix; comme cette dernière, elle peut être rauque, basse, voilée, éteinte ou cassée. D'autres fois elle apparaît soit sous forme de quintes convulsives assez fatiguantes pour le malade, soit comme celle de la pharyngo-laryngite granuleuse, consistant en un simple « hem. » Elle ne diffère pas autrement de la toux que que l'on observe dans le cours des autres polypes occupant la cavité laryngienne, et le lecteur pourra se reporter aux intéressantes monographies écrites sur les tumeurs de cet organe.

3° *Douleur*. — Elle est nulle et se borne quelques fois à la sensation d'un corps étranger qui gêne le malade, et le force à tousser pour se débarrasser de l'obstacle qu'il ressent à l'arrière gorge. Les sensations de brûlure ou de picotements éprouvés par le patient, sont dus en général à une pharyngo-laryngite chronique concomittante.

4° *Respiration*. — Cette importante fonction du larynx ne subit une atteinte appréciable que lorsque la tumeur a acquis un développement assez considérable pour empêcher l'entrée de l'air dans les voies respiratoires. La respiration peut être gênée, soit d'une façon continue, ce qui est rare et exigerait l'existence d'une tumeur bien volumineuse (2), soit

(1) Dans les cas de polypes pédiculés, la tumeur grâce à sa mobilité relative, peut être entraînée pendant l'expiration assez loin des cordes vocales, pour ne pas gêner la phonation; alors la voix du malade peut être à peu près claire pendant quelques instants, jusqu'au moment où la tumeur subissant un mouvement contraire, vient de nouveau se placer entre les deux rubans vocaux.

(2) Il est extrêmement curieux de voir combien l'entrée des voies respiratoires peut être rétrécie sans occasionner de dyspnée permanente, à la seule condition que le rétrécissement de l'orifice laryngien survienne graduellement et en un temps assez long.

par intervalles, au moment où le malade veut se livrer à un effort, à un exercice pénible, lorsqu'il veut parler un peu vite, monter des escaliers ou se mettre en colère. On a rarement noté des accès de suffocation *(Observ. IV)*.

Nous devons à l'obligeance du docteur Félix Semon (de Londres), les deux observations suivantes, où les troubles respiratoires ont été notés avec soin par l'auteur qui a bien voulu joindre à son intéressante communication, le dessin que nous avons fait reproduire *(fig. 5)*.

OBSERVATION III. — *(Inédite)*.

Kyste du ventricule de Morgagni du côté droit. — Incision avec le bistouri laryngien. — Guérison.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui avait la voix enrouée, et était même presque aphone; lorsqu'il vint consulter M. le docteur F. Semon, il n'avait pas de dyspnée et n'accusait d'autre symptôme qu'un enrouement.

L'examen laryngoscopique permit de voir une tumeur globuleuse, ayant à peu près le volume d'un petit pois, d'une teinte grisâtre, demi-transparente, et qui sortait nettement du ventricule droit, appuyant par sa face inférieure sur le ruban vocal de ce côté.

La tumeur incisée avec le bistouri laryngien, s'affaissa aussitôt, laissant s'écouler une petite quantité de liquide bleuâtre, (colloïde peut-être, ajoute l'auteur de cette observation).

Aujourd'hui, six mois après l'opération, on voit encore une petite saillie à l'entrée du ventricule de Morgagni, qui a été le siége de la tumeur, mais elle ne produit aucun trouble dans la phonation, et elle n'a pas augmenté depuis le jour de l'opération. La voix du malade est celle qu'il avait avant d'être atteint de sa tumeur.

OBSERVATION IV. — *(Inédite)*.

Kyste du ventricule de Morgagni du côté droit. — Abrasion à l'aide de la pince à polype. — Guérison.

Dans ce deuxième fait, observé par le docteur Félix Semon, il s'agit d'une femme de cinquante ans qui avait une aphonie permanente, aphonie presque complète, *accompagnée de gêne respiratoire*, qui était augmentée sous l'influence de violentes attaques spasmodiques déterminant de véritables accès de suffocation.

L'examen de l'organe, permit de constater la présence d'une tumeur plus volumineuse que la précédente, faisant saillie en dehors du ventricule droit et également appuyée sur la corde vocale inférieure de ce côté, qui était saine, ainsi que sa congénère. L'aspect de la tumeur était, comme la précédente, globuleuse, unie, et d'une teinte grisâtre, semi-transparente (*fig. 5*).

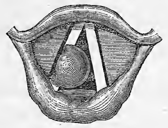


Fig. 5.

Après s'être convaincu de la souplesse de la tumeur, avec la sonde laryngienne, il pratiqua son abrasion avec la pince à polype de Mackensie, ce qui lui fut facile à exécuter sans la moindre violence. Le contenu du kyste était très liquide, mais il ne fut pas possible de le recueillir pour en faire l'examen histologique.

Les restes de la tumeur, bien visibles aussitôt après l'opération, ont disparu *complètement d'eux-mêmes* en peu de jours. Il n'y a pas eu de récidive.

La voix est redevenue claire, naturelle, et la dyspnée a cessé immédiatement après l'opération.

5° *Déglutition.* — La déglutition peut toujours s'accomplir d'une façon normale, et les troubles de cette importante fonction n'ont jamais été notés dans les cas de tumeurs kystiques intra-laryngées.

(*A suivre*). Dr E-J.. Moure.

Polype de la corde vocale droite; phthisie laryngée concomittante.

Par G. Coupard.

C..., âgé de 27 ans, employé de commerce, se présente le 4 décembre 1879, à la clinique du docteur Ch. Fauvel.

Ce malade tousse depuis trois ans, principalement l'hiver. Il a beaucoup maigri, et depuis deux mois environ, ses forces disparaissent d'une manière notable, sa voix est voilée, et s'il penche la tête un peu fortement du côté gauche, il est

complètement aphone. Aucun antécédent syphilitique, nulle trace de tuberculose dans sa famille.

Percussion. — Matité au sommet des deux poumons.

Auscultation. — Nombreux craquements humides à droite.

Quelques craquements secs au sommet du poumon gauche.

Le malade tousse par quinte, principalement le soir et le matin. Tous les soirs, depuis un mois, vers cinq heures, il a un peu d'augmentation de température.

Sueurs nocturnes.

Le voile du palais est très pâle.

Examen laryngoscopique. — Pâleur de l'épiglotte. Gonflement œdémateux et rougeur de la région aryténoïdienne, ainsi que des ligaments aryténo-épiglottiques, principalement du côté gauche. État granuleux de la corde vocale supérieure droite.

Les cordes vocales inférieures sont grises, rougeâtres par places.

Sous la corde vocale inférieure droite, immédiatement au-dessous du bord libre, s'insère un polype papillomateux à base d'implantation très large, occupant un tiers de la longueur de la corde dans sa partie supérieure; à 4 millimètres, le pédicule se rétrécit et de ce rétrécissement de 2 millimètres environ, naît le polype de forme, avoïde mesurant 1 centimètre et demi de longueur, et ayant environ 8 millimètres dans son plus grand diamètre; il est d'un aspect granuleux et d'un gris boueux.

Dans la plupart des examens que nous pratiquons, nous apercevons sa partie libre reposer sur la partie inférieure de la corde vocale inférieure gauche. Un état catarrhal, principalement de cette partie, semble l'y retenir. Aussi pourrait-on croire de prime abord, que là était son insertion.

Le traitement consiste en huile de foie de morue, arseniate de soude, attouchement au chlorure de zinc au 50e.

Mais l'amaigrissements augmente, les forces diminuent de plus en plus.

Nous engageons le malade à partir de Paris; il se rend chez ses parents, qui habitent une petite ville du département de l'Indre.

Au mois de juillet, le malade nous écrit que sa bonne

santé d'autrefois est complètement revenue, mais qu'il a complètement perdu la voix. Il nous demande quand il pourra revenir à Paris pour se faire opérer de son polype.

Nous l'engageons encore à rester quelque temps.

Enfin, en septembre il se présente de nouveau à la clinique. Nous ne le reconnûmes pas tout d'abord, tellement son aspect extérieur avait changé.

Son poids avait augmenté de 6 kilogrammes, mais, comme il nous l'avait écrit, sa voix était complètement éteinte et sa respiration parfois très gênée.

A l'examen laryngoscopique, nous trouvons le larynx parfaitement sain. Le polype a notablement grossi et pendant l'inspiration il occupe presque toute l'ouverture glottique.

L'examen du poumon est des plus satisfaisants, matité seulement à droite, puis quelques craquements à intervalles éloignés.

En présence de cet état aussi satisfaisant, nous priâmes le docteur Fauvel de vouloir bien arracher le polype. Cet arrachement rend immédiatement la voix au malade.

L'examen consécutif nous fait voir le larynx couvert de sang.

Une demi-heure après, nouvel examen. On aperçoit la base d'implantation du polype d'une longueur de 2 millimètres environ.

Nous cautérisons le malade tous les jours, tantôt avec une solution de chlorure de zinc au 50e, tantôt avec de la glycérine iodée.

La voix, qui le lendemain de l'opération avait perdu de sa tonalité, redevient peu à peu nette et assez timbrée.

Le malade retourne à la campagne pendant un mois.

26 novembre. — La corde vocale gauche est absolument saine ainsi que tout le larynx.

L'embonpoint et les forces restent stationnaires, et Ch... reprend ses occupations.

G. Coupard.

Otite furonculeuse double à répétition.

Par le Dr E.-J. Moure.

Le 10 août 1880, je fus consulté par M. X..., des environs de La Réole, âgé de vingt-neuf ans, pour de violentes dou-

leurs qu'il éprouvait au niveau des oreilles et dans toute la tête, depuis deux ans me disait le malade. Quelquefois, il restait plusieurs jours, des semaines même, sans ressentir aucune douleur ; puis, ces dernières réprenaient une intensité considérable, au point de troubler et d'empêcher le sommeil pendant plusieurs nuits, jusqu'au moment où il suintait des deux oreilles un peu de liquide jaunâtre. Pendant la période douloureuse l'état général était mauvais, le malade était abattu, en proie à des accès de fièvre, qui firent croire au médecin traitant à l'existence d'une affection cérébrale. Comme le patient avait subi autrefois, les atteintes de la fièvre paludéenne, on lui administra du sulfate de quinine à assez haute dose, sans obtenir de résultat.

Rien dans les antécédents ou dans la profession du malade, qui était cultivateur, ne pouvait expliquer le début de l'affection.

Lorsqu'il se présenta à mon examen, te 10 août, M... n'avait pas dormi depuis deux nuits, à cause des violentes douleurs qu'il éprouvait dans toute la tête et surtout au niveau des oreilles; il avait l'air abattu, les yeux cerclés de noir, la langue recouverte d'un enduit blauchâtre.

La traction des deux pavillons de l'oreille en arrière, la pression au niveau du tragus et au-dessous du conduit est extrêmement douloureuse ; de plus, le malade me dit qu'il peut à peine ouvrir la bouche, même pour absorber le liquide, tellement la douleur provoquée par l'écartement des mâchoires est considérable.

L'examen fonctionnel des oreilles fournit les résultats suivants :

Perception crânienne droite et gauche : Très bonne.
Audition à la montre O. dr. contact.
— — O. g. contact faiblement.

Le diapason sur le vertex est entendu un peu mienx à gauche.

A l'examen, la lumière des deux conduits est à peu près effacée, tellement les tissus sont tuméfiés; la peau apparaît d'un rose assez vif. Au niveau de la partie postéro-inférieure, à un centimètre environ du méat, apparaît un point du conduit faisant une saillie au-dessus du reste des téguments qui l'environnent, mais la démarcation n'est pas très bien limitée.

Il est extrêmement difficile d'apercevoir le tympan, tant à cause du gonflement inflammatoire, que de la douleur provoquée par l'introduction du spéculum dans l'oreille.

L'explication de tous les symptômes éprouvés par le malade devint toute naturelle, et je lui prescrivis un traitement antiphlogistique combiné avec des émollients, (5 paquets de sulfate de soude de 10 grammes chacun, à prendre le matin à jeun dans un peu d'eau. Fumigations avec une décoction de racine de guimauve et tête de pavot. Injections fréquentes d'eau tiède, 3 sangsues en avant du méat).

Le malade revient me voir quelques jours plus tard, (20 août) et m'apprend que dès le lendemain du jour où il était venu me consulter, la douleur avait commencé à diminuer et que depuis deux ou trois jours elle avait complètement disparu; il pouvait manger et entendait même beaucoup mieux.

L'examen des oreilles montre, en effet, un conduit à peu près normal, un peu ramolli par les injections d'eau tiède, les tympans semblent cachés derrière un voile blanchâtre, dû à la desquamation de la couche externe de cette membrane.

Le malade est obligé de partir comme réserviste pour vingt-huit jours, pendant lesquels je lui recommande de faire quelques injections légèrement astringentes.

Il revient me voir le 16 octobre, et m'apprend que durant son service militaire il a éprouvé de nouvelles douleurs moins violentes que les premières, mais qui ont rapidement cédé à l'emploi du traitement indiqué plus haut.

L'audition est aujourd'hui la suivante :

O. d............ 0.70 cent.
O. g............ 0.60 —

La perception crânienne est toujours très bonne.

Les deux tympans sont sains et dans leur position normale, je prescris au malade un traitement général (solution arsénicale, bains sulfureux, eau de Pullna par intervalles), pour éviter le retour de ces furoncles qui lui rendaient la vie insupportable, et arrivaient même au point de compromettre sa santé générale.

Je viens de revoir le malade, ces jours derniers (10 décembre) et j'apprends qu'il n'a plus éprouvé de nouvelles

douleurs dans les oreilles, que l'audition est toujours très bonne.

Bien que l'otite furonculeuse soit une affection assez commune, le cas de ce malade montre combien une simple affection du conduit auditif peut déterminer des symptômes alarmants, en apparence, et qu'un traitement approprié fait bientôt disparaître.

Enfin, je me bornerai à ajouter en terminant, que l'*otite furonculeuse à répétition* qui a tourmenté ce malade pendant deux ans, semble confirmer l'opinion, récemment émise par M. Lœwenberg, de l'auto-contagion, due à la présence d'un micro-organisme dans le conduit auditif; microbe dont la présence a déjà été constatée par M. Pasteur, dans le furoncle en général.

Dr E.-J. Moure.

Revue Bibliographique.

Des polypes du nez et de leur opération. — (*Ueber nasenpolypen und deren operation*).

Par le professeur Voltolini, de Breslau. — Vienne 1881. (1).

Si nous nous résumons encore une fois, dit l'auteur de cette intéressante brochure, nous trouvons :

« 1° Que l'opération des polypes du nez avec la pince, est une méthode barbare, douloureuse, contre nature et insuffisante, qui doit céder le pas à l'anse métallique; cependant, il est des cas où la pince devient indispensable;

2° On doit employer d'une manière générale l'anse métallique, car si cette dernière ne peut dans beaucoup de cas guérir le mal à fond, elle est toujours préférable à la pince, et l'on obtiendra non-seulement le résultat que donnerait cette dernière, mais encore mieux;

3° L'anse métallique froide ne suffira pas toujours pour enlever les polypes du nez et l'on sera obligé d'avoir recours au fil galvanique;

4° Des porte-caustiques rectilignes sont insuffisants, et l'on doit souvent employer des conducteurs coudés, comme

(1) *Verlag der Buchlandlung von moritz Perles.* Bauërumarkt, 11.

celui que j'ai déjà recommandé en 1867, pour les polypes du nez et dont j'ai déjà donné le dessin. »

En résumé, cette brochure est la seconde édition d'un travail déjà publié depuis longtemps, et qui par conséquent, ne peut contenir aucun procédé nouveau. L'auteur tient surtout à établir que le premier, il a substitué l'anse métallique à la pince pour l'opération des polypes du nez.

Revue de la Presse

Otite purulente.— Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Clinique du docteur Péan. — Il s'agit d'un homme de 41 ans, qui ressentit, pour la première fois, des douleurs dans l'oreille droite, vers le mois de juillet dernier; il eut, même à cette époque, un écoulement purulent qui le força à entrer à l'hôpital, où l'on constata la perforation du tympan. Il sortit peu de temps après, amélioré, mais la guérison ne s'étant pas maintenue, il revint plusieurs fois à l'hôpital.

Enfin, il y a six jours, épuisé par des douleurs qui avaient augmenté d'intensité, et effrayé par l'augmentation considérable de volume et de rougeur des téguments en arrière de l'oreille, il vient à l'hôpital Saint-Louis réclamer une intervention immédiate.

L'auscultation révélait, chez lui, la présence de tubercules au sommet des poumons.

Le diagnostic fut : otite purulente avec abcès mastoïdien. Connaissant les graves accidents qui peuvent être la conséquence d'une telle complication, le docteur Péan résolut d'intervenir et pratiqua la trépanation en faisant une première incision verticale, à un centimètre et demi en arrière du point d'attache du pavillon de l'oreille, et une seconde perpendiculaire à la première, située au niveau du conduit auditif externe. Il fut inutile d'appliquer la couronne de trépan, car la perforation de l'apophyse s'était déjà produite, et il suffit de dilater cet orifice. (*Paris-Médic.* 9 décemb. 1880, n° 80.)

Du tympan artificiel. M. le docteur Garrigou-Désarènes, après avoir rappelé les différentes tentatives, faites depuis la moitié du xve siècle par plusieurs médecins, pour obvier à l'aide de petits instruments obturateurs, à la surdité

qui accompagne souvent les perforations de la membrane du tympan, explique pourquoi ces médecins n'avaient eu que des insuccès, se contentant de placer une simple cloison membraneuse, sans s'occuper de ses rapports avec la chaîne des osselets.

Toynbee le premier, fit une petite rondelle en caoutchouc, attachée par son centre, à l'extrémité d'un fil d'argent, servant de conducteur pour placer ce tympan artificiel. Il permit ainsi, à quelques individus très sourds, d'entendre la conversation à haute voix.

Yearsley remplaça la petite bande de caoutchouc par une boulette de coton.

M. Garrigou-Désarènes, présente à la Société de médecine pratique de Paris (séance du 20 novembre 1880), deux tympans artificiels. L'un, comme celui de Toynbee, est formé d'une rondelle de caoutchouc, montée sur un fil d'argent en forme de ressort à boudin, de façon à faire prendre au rond de caoutchouc l'inclinaison du tympan, quand on appuie l'instrument sur les restes de la membrane.

Le second, se compose d'une boulette de ouate, fixée à un fil de fer de 3 cent. de longueur.

Cet otologiste pense, avec la plupart des médecins auristes, que le tympan artificiel procure une amélioration, non en obturant le tympan, mais en exerçant une certaine pression sur la chaîne des osselets, parfois désarticulés et souvent incomplets.

A l'appui de cette assertion, il présente deux malades, auxquels le tympan artificiel permet d'entendre une conversation qu'ils ne peuvent suivre sans ce petit appareil (*France méd.*, 12 décembre 1880, n° 99).

De la surdi-mutité par compression du nerf acoustique (Otopiesis. — ουσ-ωτοσ, oreille; — πιεσισ compression.) — **De sa curabilité sur un certain nombre de jeunes enfants.** — M. le docteur Boucheron rapporte deux cas de surdi-mutité, observés chez de jeunes enfants qui ont recouvré l'ouïe dans une proportion suffisante pour apprendre à parler.

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de 2 ans et demi, bien constituée, n'ayant jamais eu de convulsions, et ne présentant aucune difformité congénitale.

M. Boucheron reconnut l'existence d'un catarrhe naso-pharyngien, avec propagation de l'inflammation à la trompe, oblitération de ce conduit, et comme conséquence, une compression du nerf acoustique (otopiesis). Les marteaux étaient saillants, les tympans déprimés, il existait une vascularisation intense autour du tympan, et le long du manche du marteau.

Après un mois de traitement, l'ouïe s'améliora d'une façon notable; et après un an, l'enfant entend la voix forte, la montre au contact, et articule nettement les mots qu'elle entend sans le secours du regard.

Le second cas est celui d'une sourde, âgée de 4 ans et demi. Le diagnostic fut le même que dans le cas précédent et le résultat obtenu fut également favorable, quoique moins évident que chez la première enfant,

M. Boucheron compare ces surdités au glaucome qui produit la cécité par compression du nerf optique. Il pense également qu'il faut agir de bonne heure, dès que l'on s'aperçoit que l'enfant n'entend pas.

Les indications thérapeutiques sont : 1° d'empêcher la compression du nerf acoustique, à l'aide d'insufflation d'air dans la caisse; 2° de diminuer le gonflement inflammatoire de la muqueuse des trompes, par des cautérisations pharyngées ; 3° de modérer et d'éloigner les crises aiguës du catarrhe diathésique, par un traitement approprié (*Gaz. des hôpit.*, 16 décembre 1880, n° 146).

De la conduite de l'opérateur en face des corps étrangers engagés au niveau de la glotte, par le docteur Krishaber. — L'auteur de cet article rapporte quatre observations de corps étrangers engagés dans le larynx. Dans deux de ces cas, il s'agissait d'une pièce de cinquante centimes, couchée horizontalement sur les cordes vocales inférieures, et engagées dans les ventricules de Morgagni. La respiration était pénible, mais suffisante. Dans le premier cas, chez un marbrier âgé de 36 ans, il fit coucher le malade à plat ventre sur le lit, la face tournée vers la terre : accroupi lui-même au-dessous du malade, il fit glisser l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'épiglotte, et glissa le long du doigt une pince laryngée; mais il lui fut impossible de ramener le corps étranger qui glissait constamment entre les

mors de la pince. Le malade fut alors placé devant M. Krishaber, qui introduisit derrière la pièce une pince laryngée fermée; arrivé au-dessous de la glotte, il ouvrit la pince en exerçant une forte pression de bas en haut. La pièce fut déplacée et avalée par le patient contre sa volonté.

Dans le second cas, chez un homme de 35 ans, la pièce fut retirée à l'aide d'une sonde Béniqué, introduite par la plaie d'une ouverture faite à la trachée, pour sauver le malade atteint d'œdème aigu des replis ary-épiglottiques.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un os engagé au niveau de la glotte, et retiré avec les pinces laryngées.

Enfin, le dernier fait, est relatif à une petite fille de 9 ans, ayant introduit dans son larynx une plaquette de cuivre analogue à une pièce de vingt centimes. L'enfant fut couchée sur un lit, et M. Krishaber, procédant comme dans la première tentative, faite sur le malade de l'observation 1, parvint à extraire le corps du délit.

En résumé, l'auteur est d'avis, sauf chez l'enfant, dont la glotte est facilement accessible aux doigts de l'opérateur, de pratiquer, au préalable, la trachéotomie et le tamponnement de la trachée, puis d'extraire le corps étranger par les voies naturelles.

Toutefois, si le corps est retenu au-dessus de la glotte, il y a tout avantage à éviter l'opération sanglante et à l'enlever par les voies naturelles.

M. Théophile Angers désire attirer l'attention sur un accident qui vient parfois compliquer les manœuvres d'extractions des corps étrangers, c'est-à-dire la mort subite; il a observé un fait de ce genre à l'hôpital Tenon, et les lésions observées après la mort (œdème de la glotte, congestion pulmonaire) ne pouvaient expliquer cette fin subite.

M. Krishaber ajoute que les tentatives d'extraction doivent être douces et éclairées, et que l'opération à faire en pareil cas est la trachéotomie.

M. Stackler dit avoir été le témoin du cas de mort subite rapporté par M. Angers, c'était une femme qui avait avalé, disait-on, un peigne et une épingle à cheveux. M. Olive introduisant son doigt dans l'arrière gorge, ramène l'épingle, mais la malade meurt aussitôt. (*France médic.*, 16 et 19 décembre 1880.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

THÈSES.—PARIS. — *Lavenère-Lahont.* — *Des troubles fonctionnels de tuberculose laryngée chronique, et de leurs causes anatomiques et physiologiques* (n° 479, 1er déc. 1880).

Presse française

Epithélioma du pharynx et des ganglions cervicaux; compression de la trachée; laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; fracture du cartilage cricoïde, par Octave GUELLIOT, interne des hôpitaux. *(Prog. méd.*, 11 déc. 1880, n° 50.)

Traitement de l'épithélioma de la langue. (Discussion à la Société de chirurgie. — *Gaz. des hôp.*, 20-27 nov. 1880, nos 135 et 138; 4 déc., n° 141; 18 déc., n° 147.)

De l'hydrothérapie dans les maladies d'oreille. (Méd. contemp., 15 nov. 1880, n° 21.)

Du diagnostic des maladies des voies respiratoires chez les enfants et de leur traitement. (Clinique de M. Jules SIMON. *Concours méd.*, 18 décembre 1880, n° 51.)

Altérations histologiques du revêtement épithélial des conduits aériens, par le Dr V. CORNIL. *(Gaz. méd. de Paris*, 18 déc. 1880, n° 51.)

Presse étrangère

Note sur quatre cas de tumeurs du pharynx. (Myxo-sarcome), par le Dr Georges PETERS, de New-York. (*Méd. rec.*, 20 novembre 1880, n° 21, p. 565.)

Laryngotomie dans le croup; opération après l'arrêt de la respiration; mort par asphyxie au cinquième jour de l'opération, par le Dr Alfred NORTH. M.-D. WATERBURY CONN. *(Méd. rec.*, 4 déc. 1880, n° 23, p. 625.)

Traitement de la maladie de Ménière par le sulfate de quinine. (Méd. rec., 27 nov. 1880, n° 22.)

Ouvrages déposés au bureau du journal :

Des troubles mécaniques pouvant survenir dans les fonctions de l'articulation crico-aryténoïdienne, avec quelques remarques sur la périchondrite des cartilages du larynx, par le Dr Félix SEMON. (Londres, 1880. — Sera analysé.)

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. MOURE.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER, 16, rue Cabirol.